FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962 N° N° 760

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'UNIVERSITE

par

ALAEDDIN MOGHADDAM

né le 21 mars 1933 à REZAIEH (IRAN)

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS D'UN CAS DE TUBERCULOSE ANO-RECTALE

Président : Mr L. LEGER, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962 N°

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'UNIVERSITE

par

ALAEDDIN MOGHADDAM

né le 21 mars 1933 à REZAIEH (IRAN)

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS D'UN CAS DE TUBERCULOSE ANO-RECTALE

Président : Mr L. LEGER, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

1-2-1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE
2e ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut	LENÈGRE (J.)
	Broussais	SOULIÉ (P.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgixale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique		PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale		DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BADLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.,
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DERCBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) COUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A. QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J,)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMFLINE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE : BOLTANSKI (E.), LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque .
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma mère

A mon père

A mon frère

A ma soeur

A mes amis

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Lucien LEGER

Professeur de la CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS, CHIRURGIEN DES HOPITAUX et MEMBRE DE L'ACADEMIE DE CHIRURGIE.

Qui nous a fait l'honneur de présider cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAZINGARBE

- Ancien Interne des Hôpitaux de PARIS
- Ex-Chef de Clinique à la FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.
- Membre Associé National de l'Académie de Chirurgie.
- Chirurgien en Chef de l'Hôpital de MONTARGIS.

Qui m'a inspiré et aidé dans la réalisation de ce travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TRONC

- Ancien Interne des Hôpitaux de PARIS
- Ex-Chef de clinique à la FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.
- Chirurgien de l'Hôpital de MONTARGIS.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BADINIER

- Ancien Interne des Hôpitaux de PARIS.
- Ex-Chef de clinique à la FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.
- Ex-Aide d'Anatomie à la FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.
- Chirurgien Assistant de l'Hôpital de MONTARGIS.

Tous les trois ont guidé mes premiers pas dans l'apprentissage de la Chirurgie, je les en remercie et je leur en suis reconnaissant.

A MES MAITRES DE STAGE INTERNE

- Docteur TUEFFERD
  Ancien Interne des Hôpitaux de STRASBOURG
  Médecin de l'Hôpital de MONTBELIARD

- Docteur BAUER
  Ancien Interne des Hôpitaux de STRASBOURG
  Chirurgien de l'Hôpital de MONTBELIARD.

A MES MAITRES DE STAGE INTERNE

- Docteur TUEFFERD
  Ancien Interne des Hôpitaux de STRASBOURG
  Médecin de l'Hôpital de MONTBELIARD

- Docteur BAUER
  Ancien Interne des Hôpitaux de STRASBOURG
  Chirurgien de l'Hôpital de MONTBELIARD.

A PROPOS D'UN CAS DE TUBERCULOSE ANO-RECTALE

I N T R O D U C T I O N

Nous venons d'avoir la bonne fortune de recueillir une observation de tuberculose ano-rectale, qui se présenta d'abord comme un cancer, et qui, finalement, fut rattachée à sa véritable étiologie à la suite de l'examen de deux biopsies de muqueuse, et un frottis prélevé au niveau de l'ulcération.

Déjà, apparait le problème sans doute majeur des formes anorectales de la tuberculose intestinale : les difficultés habituelles de leur diagnostic positif et différentiel.

Un autre élément donne l'intérêt à notre cas : si la tuberculose anorectale risque moins d'échapper à un diagnostic exact lorsqu'elle se produit chez un tuberculeux pulmonaire reconnu, elle laisse davantage la place aux incertitudes, voire aux erreurs, lorsqu'elle apparait chez un sujet soit indemne de toute bacillose, soit atteint d'une tuberculose méconnue : ce qui fut le cas pour notre malade.

Ainsi, à différents égards, notre observation méritait d'être publiée, d'autant plus que les cas de cette catégorie restent assez rares.

Enfin, notre malade vu seulement alors que la lésion anorectale avait donné lieu à une symptomatologie locale sévère et à une atteinte déjà profonde de l'état général, a été rapidement amélioré d'abord par une colostomie exigée par les signes de subocclusion et l'aggravation des douleurs, ensuite par le traitement médical classique, antituberculeux.

Reconnue plus précocement, la tuberculose anorectale de ce sujet aurait sans doute pu répondre à la seule chimiothérapie tuberculostatique, et l'on aurait sans doute aussi pu faire l'économie de l'intervention.

C'est donc pour attirer l'attention sur ces différents aspects, pratiques et dogmatiques, de la tuberculose anorectale que, partant d'une observation personnelle, nous avons décidé sur le conseil de nos maîtres, d'entreprendre une étude d'ensemble de la question.

Après un rapide historique des travaux consacrés à cette forme particulière de tuberculose digestive, que ce soit chez des tuberculeux pulmonaires avérés, ou chez des sujets, indemnes en réalité ou seulement en apparence de toute bacillose respiratoire, nous traiterons de l'étiologie : fréquence, formes primitives, formes secondaires à un foyer pulmonaire. Puis nous préciserons la pathogénie des lésions tuberculeuses anorectales, les voies de cheminement de l'infection.

Nous décrirons les tableaux cliniques qu'il est possible d'observer, l'évolution, les complications, pour décrire ensuite les aspects anatomopathologiques, formes ulcéreuses, formes hypertrophiques, exceptionnellement formes pseudolopolypoïdes.

Nous aborderons alors l'important chapitre du diagnostic positif et différentiel de la tuberculose anorectale, fondé sur la symptomatologie, l'histopathologie, les anamnétiques, la radiologie. Et nous terminerons par le traitement, qui devra être médical chaque fois que possible, mais qui, comme chez notre malade, doit parfois faire appel à la chirurgie.

A en juger par la littérature médicale récente, la question reste à l'ordre du jour, malgré la très nette raréfaction des tuberculoses digestives depuis l'avénement des tuberculostatiques chimiothérapiques. Il ne faut pas méconnaitre l'impor-

tance de cette localisation des foyers bacillaires, et l'on aura à l'esprit cette possibilité non seulement chez un tuberculeux pulmonaire, mais aussi chez un malade paraissant indemne de bacillose respiratoire, et qui fait des accidents digestifs compatibles avec des ulcérations tuberculeuses de la muqueuse anorectale.

H I S T O R I Q U E

"L'existence de lésions rectales au cours de la tuberculose intestinale est connue depuis longtemps ; cependant la plupart des auteurs n'ont pas, jusqu'ici, cru opportun de réserver une description spéciale à la localisation rectale des lésions tuberculeuses, mais se sont contentés de l'étudier dans le cadre plus vaste de la colite tuberculeuse". Ainsi s'exprimaient A. BENSAUDE et R. BOOM en 1953.

Mais les foyers de localisation ano-rectale peuvent fort bien ne pas s'accompagner d'une atteinte colitique étendue, et c'est vraiment une entité anatomoclinique isolée qu'il faut voir dans cette forme particulière de tuberculose digestive.

Il semble que tout d'abord, ce soit la tuberculose anale qui ait été la première décrite, ce qui est logique, puisque seule la rectoscopie permet de déceler des lésions plus haut situées. Avec le developpement de cette méthode, on est arrivé à découvrir lors d'examens systématiques de malades présentant une symptmatologie en apparence banale, de diarrhée rebelle, ou de syndrome rectal, des lésions dont l'origine tuberculeuse aurait certainement échappé quelques années plus tôt, c'est à dire avant la pratique courante de la rectoscopie.

E. CHAUVEL, en 1913, consacrait sa thèse à l'étude des ulcérations tuberculeuses de l'anus, une vingtaine d'années plus tard, R. SAVIGNAC (1931) décrivait plusieurs formes de tuberculose rectale. PAUTRIER, deux ans après, publiait un cas d'ulcères tuberculeux multiples de la région anale, mais ce n'était pas là

une surprise diagnostique, puisqu'il s'agissait d'un bacillaire à localisation à la fois pulmonaires, et intestinales, parfaitement avérées.

Pour la première fois peut-être, en 1934, M. BOURY et P. TISON donnent une étude d'ensemble de la tuberculose anorectale, créant ainsi une entité anatomoclinique nouvelle. La même année, C.L. MARTIN fait description rectoscopique des ulcérations tuberculeuses fortuitement découvertes lors d'examens systématiques. CHISHOLM et GAUSS, en 1934, reprennent le terme de tuberculose anorectale pour désigner l'atteinte d'un de leurs malades.

La notion de tuberculose anorectale interesse alors les observateurs, au point que ceux-ci se demandent si une étiologie bascillaire n'est pas plus souvent en cause, en proctologie, qu'on ne l'admettait jusqu'alors : et comme souvent lors d'une conception nouvelle, on va loin, presque trop loin, en attribuant des fistules et ulcérations banales à l'infection bacillaire. R.J. JACKMANN, en 1937, tente de préciser le rôle de la tuberculose dans les fistules anales. R. KAUFMANN, en 1939, reprend ce même thème : tuberculose et fistule anale. JOYNT en 1940 fait une étude d'ensemble de la tuberculose anorectale. MIELLE, huit ans plus tard, consacre sa thèse aux fistules et abcès de la marge de l'anus, et cherche à définir le rôle de la tuberculose dans leur apparition. PAILLE en 1949 étudie sur le plan anatomoclinique la tuberculose du rectum. CL . MARTIN et H.C. SWEANY en 1950 utilisent la streptomycine dans le traitement de la tuberculose des régions anales et recto-sigmoïdienne. SKIR et FREUND eux aussi publient les résultats qu'ils obtiennent par la streptomycine en applications locales dans la tuberculose anorectale. H. LEGER et M. ROUX, apportent un cas de tuberculose ulcéreuse du rectum. F. VOGEL, en 1952, décrit la forme hyperplasique de la tuberculose rectale. SILVESTRI la même année attire l'attention sur la forme hypertrophique pseudo-néoplastique de la tuberculose anale.

Tuberculose hyperplasique du rectum encore, tel est le sujet d'un article de l'auteur espagnol GALLART-ESQUERDO. I SKIR à nouveau publié un cas de tuberculose anorectale, en 1953, tandis que BENSAUDE et BOOM, la même année décrivent une tuberculose rectale dont ils donnent tous les aspects anatomopathologiques et cliniques possibles, pour la première fois peut-être, les diverses formes, les éléments du diagnostic différentiel, sont exposés en détail, ce que nous retrouverons d'ailleurs dans le traité de P. HILLEMAND, BENSAUDE et LOYGUE sur "Les maladies de l'anus et du canal anal" (1955).

L'année suivante I. MAC COLL décrit chez deux malades la coëxistence d'une colite ulcéreuse et de lésions tuberculeuses de la région anale. Certains auteurs se demandent jusqu'à quel point la bacillose n'est pas, plus souvent qu'il n'y paraît, responsable de la colite ulcéreuse.

Citons encore le cas de HEULLY et DORNIER, publié en 1956 et concernant une tuberculose limitée à la région anale. HAYDUK signale le succès du Rimifon dans les abcès rectaux récidivants, dont la nature bacillaire paraît ainsi prouvée à cet auteur. GLIKMAN en 1958, consacre sa thèse à un cas de tuberculose anorectolique hypertrophique et primitive, et pense lui aussi que la tuberculose ne doit pas être exclue de l'étiopathogénie de certaines rectocolites hémorragiques. M. GARBAY et LOYGUE, en 1959, sur la base de dix observations personnelles de tuberculose anorectale, les unes chez des pulmonaires reconnus, les autres d'apparition apparemment primitive, font de la question un exposé d'ensemble.

Dans le cas de PEREZ GOMEZ et collaborateurs, un ulcère tuberculeux du canal anal s'est constitué au cours de l'évolution d'une bacillose pulmonaire et intestinale. Enfin, J. MUNIZ en 1960 a apporté un nouveau cas de tuberculose anorectale.

On voit que malgré la relative rareté de la localisation rectale des lésions tuberculeuses par rapport aux autres étages

de l'intestin, l'intérêt accordé à cette affection ne se dément pas, malgré la raréfaction globale des déterminations digestives de la bacilllose.

O B S E R V A T I O N

Monsieur K... Si on, âgé de 49 ans, est admis dans le service chirurgie le 4 février 1959 pour des lésions importantes de la région anale.

Depuis plusieurs mois, le malade se plaint :

- de tenesme et d'épreintes,
- de douleurs extrêmement violentes lors de la défécation,
- de douleurs spontanées au niveau de la région anale,
- de l'apparition d'une plaie péri-anale.

Il existe par ailleurs un amaigrissement important, un état subfébrile.

Dès l'entrée dans le service, des examens biologiques sont pratiquées, qui montrent :

- hématies : 4.200.000
- hémoglobine : 85 %
  polynucléaires neutro : 66 o/o
  " éosino : 0
  " baso : 3
- petits lymphocytes : 2
- grands lumphocytes : 17
- monocytes : 11
- plasmocytes : 1
- leucocytes : 9.100
- valeur globulaire : 1,01

Conclusion : disparition des éosinophiles, monocytose relative et absolue - pas d'atypie - urée sanguine :0,58 g

L'examen de la région anale montre l'existence de vastes placards inflammatoires encerclant l'orifice anal, avec, sur le côté gauche, une ulcération de la dimension d'une pièce de 5 francs environ. Ulcération à bord régulier, à fond bourgeonnant, laissant sourdre un liquide sanieux et sanguinolent.

L'orifice anal est impossible à déplisser, il parait profondément rétracté au niveau de ce placard inflammatoire.

La palpation de la région donne une impression de carton nage avec induration profonde.

Le toucher rectal, très difficile et très douloureux, montre un cahal absolument rigide, le doigt ramène quelques trainées sanglantes.

Le diagnostic de néoplasme péri-anal est immédiatement évoqué.

Il existe d'ailleurs des ganglions inguinaux bilatéraux, des signes de subocclusion intestinale, avec une altération extrêmement profonde de l'état général.

Une biopsie est pratiquée le 8 février 1959.

Histodiagnostic du Docteur VERMES, de l'Institut Gustave Roussy

"Le prélevement examiné est constitué par de petits fragments. "Ils montrent un épithélium malpighien hyperplasique et en "partie légèrement hyperkératosique présentant une tendance "pénétrante en profondeur avec des crêtes irrégulières et pro- "fondes, recouvrant un tissu conjonctif hébergeant des cellu- "les inflammatoires polymorphes en nombre élevé. Au niveau d'un "des fragments on observe la présence de rares cellules géantes "de type Langhans et quelques vagues aspects épithélioïdes.

"Le peu de profondeur de ces fragments ne permet aucune conclu
"sion certaine quant à la nature réelle de la lésion. Il con-
"vient de penser de prime abord à un processus tuberculeux.
"Pour essayer de l'identifier avec certitude et pour éliminer
"la coexistence éventuelle d'une autre lésion, je conseille
"une biopsie de contrôle plus profonde".

Une réaction de Bordet-Wassermann s'avère négative.

Une seconde biopsie de contrôle est pratiquée le 2 décembre 1959 :

Histodiagnostic du Docteur VERMES, de l'Institut Gustave Roussy

"L'étude des fragments montre un épithélium malpighien hyper-
"plasique présentant par places une tendance pénétrante accu-
"sée en profondeur, recouvrant un tissu conjonctif hébergeant
"des cellules inflammatoires polymorphes en nombre plus ou
"moins élevé. On observe un petit fragment constitué par un
"tissu nécrobiotique avec des polynucléaires en abondance.
"Absence de follicules tuberculeux sur des tranches de section
"soumises à l'examen.
"Au niveau de ces fragments, les images histologiques obser-
"vées montrent des phénomènes inflammatoires accusés, ici, sans
"caractère spécial reconnaissable.
"Les aspects d'hyperplasie épithéliale marquée pourraient ne
"représenter que des phénomènes réactionnels en connexion avec
"l'état inflammatoire, mais je ne peux pas l'affirmer d'une
"façon certaine, et je conseille formellement la surveillance
"médicale étroite du malade".

Devant les signes de sobocclusion qui vont croissant, les douleurs extrêmement vives de la région péri-anale, l'existance de l'ulcération, onpratique, le 19 février 1960, par une incision iliaque gauche, une colostomie sur le colon sigmoïde gauche.

L'exploration rapide de la région pelvienne ne nous permet pas de percevoir de masse tumorale, mais il existe des ganglions iliaques. Aussitôt cette colostomie pratiquée, l'état général du malade s'améliore.

Un cliché radiologique pulmonaire montre l'existence d'une image non homogène, spéloncaire, de la moitié supérieure de l'hémithorax droit.

Le diagnostic de tuberculose anale s'évère donc vraisemblable chez ce tuberculeux pulmonaire.

Des frottis ont été pratiqués au niveau de l'ulcération : ils montrent, en particulier, la présence de bacilles de Koch.

Prélevement d'ulcération anale :

Cytologie :

Coloratoins de Papanicolaou et de May-Grunwald-Giemsa

sur les lames examinées, on note :
- de très nombreuses granulocytes neutrophiles,
- d'assez nombreuses histiocytes,
- de très nombreuses hématies,
- pas de signes cytologiques évidents de malignité.

Bactériologie (Gram) :

Rares cocci gram positif.

- Ziehl

Présence de B.K. : 1 à 2 B.K. tous les cinq champs environ.

CULTURE SUR MILIEUX USUELS :

Bacilles gram négatif
Cocci gram positif

CULTURE SUR MILIEUX SELECTIFS

- C lture : Milieux sélectifs - Chapman : réaction positive
  - Esculine: réaction positive

Conclusion :

En association, staphylocoque pathogène
entérocoque
bacilles colimorphes
B.K.

D'ailleurs, dans les crachats, la présence de B.K., est mise en évidence.

En conclusion :

Nous nous trouvons en présence d'une tuberculose anale ulcérée chez un tuberculeux pulmonaire.

Le diagnostic avait, au début, été celui d'une lésion néoplasique et cliniquement, l'aspe ct en était assez évocateur, mais la négativité de la biopsie et la présence de B/K. trouvés au niveau de l'ulcération ont confirmé notre diagnostic.

Le malade est alors hospitalisé dans le service de Médecine et mis au traitement médical :

- Streptomycine
- Rimifon
- B.P.A.S. calcique
- Diatox argentique.

Localement, l'aspect de la région anale s'est rapidement amélioré, l'infection a diminué progressivement, l'ulcération s'est cicatrisée et le 28 aout 1960, après un examen radiographique du segment inférieur de l'intestin, qui montre une perméabilité normale, et après une rectoscopie qui montre une muqueuse rectale souple et normale, on procède, le 7 sep-

tembre 1961 à la fermeture de l'anus iliaque gauche.

Fermeture par voie intra-péritonéale en plusieurs plans, après avivement de la colostomie.

Les suites opératoires ont été très simples. Le fonctionnement intestinal a repris son cours normal, et le malade est suivi régulièrement en médecine par le Docteur GAUTHIER pour sa tuberculose pulmonaire.

E T I O L O G I E

A en juger par la maigre littérature consacrée à la tuberculose anorectale, celle-ci est rare. Encore faut-il préciser cette rareté, par rapport à l'ensemble des tuberculoses, à l'ensemble des déterminations digestives de la bacillose intestinale. Enfin, la distinction est à faire selon que l'on recherche des foyers ano-rectaux chez des pulmonaires avérés, ou chez des sujets indemnes, ou paraissant tels, de localisations pulmonaires, et se présentant, comme ce fut le cas pour notre malade, avec une symptomatologie purement rectale.

Si l'on calcule la fréquence de la localisation rectale de la tuberculose par rapport à la totalité des déterminations intestinales, grêle et colon, on trouve un chiffre de l'ordre de 14 pour 100. C'est selon BENSAUDE une localisation rare, qui vient en sixième position, les segments les plus fréquemment atteints étant par ordre décroissant, la région iléo-caecale, la région appendiculaire, puis la région colique, et enfin la région jéjunale. Si l'on ne prend que les déterminations coliques, on netrouve un siège rectal que dans un tiers des cas.

L'ensemble des tuberculoses intestinales semble d'ailleurs s'être considérablement raréfié depuis l'emploi des antibiotiques tuberculostatiques. Pendant la guerre, calculant les déterminations intestinales chez les tuberculeux pulmonaires en sana, WARMOES trouvait une fréquence de 23,1 o/o ; en 1951, cette proportion était tombée à 5,3 o/o. Réunissant plusieurs enquêtes DUBARRY et ROUX ne trouvent, en 1951 encore, que 1 o/o

de formes intestinales, et concluent :

"Il faut reconnaitre que la découverte des antibiotiques a en-
"trainé une diminution vraiment extraordinaire de la tubercu-
"lose intestinale, que l'on ne rencontre dans aucune autre for-
"me de la maladie tuberculeuse".

Mais pour GARBAY et LOYGUE, par contre certaines localisations de la tuberculose au niveau du colon, du rectum et de l'anus méritent une attention d'autant plus grande que, rares, elles risques de dérouter le clinicien, le thérapeute.

Même opinion de HILLEMAND et BENSAUDE, pour qui :

"Au niveau de la région anale, les lésions tuberculeuses sont
"rares, et d'un diagnostic facile. Pendant longtemps, l'inté-
"rêt de cette affection n'a résidé que dans la difficulté de
"son traitement. Mais à l'heure actuelle, l'emploi des thé-
"rapeutiques modernes, bactériologiques et chimiothérapiques,
"a transformé, comme pour toutes les tuberculoses cutanées et
"viscérales, le pronostic de cette localisation du bacille de
"Koch."

Tous les âges peuvent être frappés, mais la tuberculose anorectale est nettement plus fréquente chez l'adulte que chez le sujet jeune. Selon QUENU et HARTMANN, on la retrouve quatre fois plus souvent chez l'homme que chez la femme.

La détermination anorectale de la bacillose s'observe dans deux circonstances étiologiques fort différentes :

- chez un tuberculeux pulmonaire avéré,
- chez un sujet indemne de tuberculose extra-intestinale, ou chez qui ce foyer primitif n'a pas été encore reconnu au moment où la localisation anorectale est diagnostiquée.

1) Chez un tuberculeux pulmonaire avéré :

C'est la forme dite secondaire ; nous verrons, à propos de l'anatomopathologie, qu'il s'agit presque toujours alors de lésions ulcéreuses, à opposer aux lésions de forme hypertrophique, beaucoup plus rare et, en apparence au moins, primitive.

La tuberculose rectale peut se voir au cours d'une tuberculose colo-intestinale diffuse, chez un malade présentant tous les signes d'une entérocolite tuberculeuse.

Dans ces déterminations recto-anales secondaires à une tuberculose connue, pulmonaire ou intestinale, la découverte d'une lésion rectale pose peu de problèmes diagnostiques; pourtant ces lésions très accessibles permettront de suivre l'évolution de la bacillose digestive et les effets du traitement mis en oeuvre.

2) Chez un sujet réellement ou apparement indemne de tout foyer tuberculeux :

La tuberculose anorectale est alors découverte à l'occasion d'un examen rectal motivé par une diarrhée rebelle, par un syndrome rectal. Ici, la constatation des lésions met sur la voie d'une tuberculose colique - voire pulmonaire - ignorée, à moins que, par exception, les foyers restent limités à la région anorectale.

P A T H O G E N I E

Il faut ici encore, comme en étiologie, comme en clinique et en anatomopathologie, distinguer entre les formes isolées primitives, et les formes secondaires à un foyer extra-digestif habituellement pulmonaire.

1) Formes isolées, primitives :

On admet que la contamination s'est faite directement par voie muqueuse, secondairement à l'ingestion d'aliments contenant du B.K. : à savoir, essentiellement, le lait, la tuberculose intestinale étant de ce fait surtout bovine. Il faut d'ailleurs reconnaitre que grâce aux mesures sanitaires qui luttent contre la tuberculose bovine, la tuberculose digestive est en très nette régression.

Par ailleurs, cette inoculation est loin de se produire obligatoirement à chaque ingestion de lait contaminé ; des facteurs favorisants, prédisposants, sont nécessaires pour assurer l'effraction de la muqueuse, et l'implantation du bacille tuberculeux : lésions traumatiques, altérations inflammatoires, affections parasitaires existent préalablement à la tuberculose intestinale.

Comme dans notre observation, les cinq observations de GARBAY et LOYGUE, concernant des tuberculoses coliques primitives, se sont présentées comme des formes chirurgicales décrites avec tant de claire précision par BERARD et J. PATEL.

Dans deux cas, les malades, porteuses de tuberculose caecale apparement primitive, ont subi une laparotomie iliaque droite qui fit découvrir des lésions à type tumoral, et qui firent histologiquement la preuve de leur origine bacillaire. Dans un troisième cas, la laparotomie fait découvrir une tumeur volumineuse à l'angle droit, une adénopathie importante, des granulations péritonéales nombreuses de voisinage, le diagnostic de néoplasme semble confirmé, on fait une hémicolectomie droite de propreté en un temps. Le diagnostic histologique est : lésions tuberculeuses typiques, intestinales et ganglionnaires.

Un quatrième cas se rapproche du nôtre, avec développement d'une lésion anorectale hypertrophique et suppurante, cachexie et fièvre. Les lésions anales sont complexes, végétations et ulcération suintante, entourées de peau épaissie, oedémateuse. Le toucher rectal est impossible, ainsi que la rectoscopie. On constate la présence d'une adénopathie inguinale. L'examen histologique de biopsies est : tuberculose verruqueuse folliculaire très inflammatoire et ulcérée. L'INH devait apporter une rapide amélioration locale et générale, n'évitant cependant pas l'hémicolectomie gauche. Ici, tuberculose anorectocolique à forme ulcéreuse, primitive, puisque chez cette malade jeune on ne trouva aucun antécédent tuberculeux, que les clichés pulmonaires et le tubage ont toujours été négatifs. L'affection a ici débuté par les lésions anales, alors que souvent elles sont secondaires ou contemporaines d'un foyer intestinal, et déterminées par un ensemencement par voie descendante. Dans ce cas, la progression semble avoir été rétrograde, sans doute par voie lymphatique.

Un dernier cas de GARBAY et LOYGUE concerne une jeune fille de 22 ans, hospitalisée pour adénopathies rétrocrurales volumineuses et fistulisées à droite, datant de deux semaines. L'examen révèle la présence d'une ulcération fissulaire souple au niveau de la marge anale, sans rétrécissement rectal, l'examen bactériologique ne trouve que des germes banaux. L'intradermoréaction de Frei est négative, ainsi que les réactions

sérologiques. La cuti-réaction tuberculinique est par contre fortement positive. Le diagnostic de laboratoire est : adénite tuberculeuse caséifiée. Un traitement médical antituberculeux est très efficace. La tuberculose anale était ici bien isolée avec absence de foyer pulmonaire.

2) Tuberculose anorectale secondaire à une lésion pulmonaire :

Le B.K. chez un bacillaire confirmé peut gagner l'intestin par voie sanguine : on trouve alors au niveau de grêle des ulcérations annulaires calquant les branches terminales des vaisseaux mésentériques, des tuberculomes du caecum, sans que la muqueuse soit atteinte ; ou par voie muquese : la déglutition d'expectorations bacilliféres se poursuit de façon continue chez un pulmonaire, ce qui représente le mode d'inoculation intestinale vraissemblablement le plus fréquent, à l'origine des tuberculoses intestinales secondaires à une localisation pulmonaire initiale ; ou par propagation d'une lésion de voisinage enfin, généralement une tuberculose annexielle de la femme.

Ces determinations intestinales d'une tuberculose pulmonaire sont fréquentes en milieu sanatorial, et elles ne posent aucun problème de diagnostic étiologique. Cependant le plus souvent c'est le colon, le grêle, qui sont atteints, au moins primitivement, et la région anorectale n'est tuberculisée qu'ensuite au passage vraissemblablement de matières fécales riches en B.K. Il est beaucoup plus rare que la tuberculose secondaire à un foyer pulmonaire, n'interesse exclusivement que l'extrême portion du tube digestif.

Les cas rapportés par GARBAY concernent surtout des localisations coliques d'une tuberculose intestinale secondaire aux foyers pulmonaires primitifs, ceux-ci étant en activité. Il est beaucoup plus rare de constater une tuberculose anorectale chez un sujet à passé bacillaire actuellement éteint, ou

paraissant tel. C'est cependant cette éventualité que nous avons nous-mêmes constatée : le malade semblait ignorer sa tuberculose, pourtant sur les clichés thoraciques, on devait découvrir une image non homogène, spéloncaire, occupant la moitié supérieure de l'hémithorax droit, et l'examen des crachats a montré la présence de B.K. Si cette tuberculose pulmonaire avait été connue lors de l'hospitalisation, le diagnostic étiologique des lésions anorectales en aurait été accéléré.

C L I N I Q U E

Les lésions appartiennent essentiellement à deux types ou bien la caséification et l'ulcération, ou bien la sclérose et l'hypertrophie, qui lorsqu'elle reste très localisée, risque d'entrainer le diagnostic de cancer.

Nous reviendrons sur ces formes dans l'étude anatomopathologique qui suivra la clinique ; voyons l'ensemble de la symptomatologie Chez un tuberculeux avéré, et généralement en milieu sanatorial l'atteinte de la région ano-rectale par le processus bacillaire est bien connue. La note entéro-colique est donnée par la super position, au tableau pulmonaire et général, de troubles dyspeptiques, d'une diarrhée profuse, rebelle à toutes les thérapeutiques d'une aggravation de l'état général. On recherche alors immédiatement les signes cliniqeus et radiologiques d'une localisation intestinale.

L'atteinte rectale est également possible dans les colites tuberculeuses (SPILLMANN et LEBERT) qui se traduisent cliniquement par un véritable syndrome dysentériforme. Les malades vont alors présenter six ou dix selles quotidiennes, glaireuses, ou sanglantes, avec ténesme et épreintes (cf. notre cas), et l'examen rectoscopique révèle les lésions caractéristiques de la tuberculose recto-sigmoïdienne : ainsi est confirmée l'atteinte prédominante de la portion terminale du colon.

Mais dans d'autres cas, la tuberculose recto-colique ne donne lieu qu'à des signes discrets, et seul l'examen rectal permet de faire le diagnostic d'une tuberculose intestinale

jusque là ignorée.

Ainsi, les signes fonctionnels d'atteinte rectale apparaissent, dans ce cas, tantôt chez des tuberculeux, avérés, ou anciens, tantôt au contraire, chez des malades paraissant indemnes de toute lésion bacillaire. Ceux-ci se présentent alors pour des troubles intestinaux dont la gravité est variable d'un cas à l'autre : diarrhée rebelle, sans caractères particuliers, datant de plus ou moins longtemps, ou au contraire, syndrome dysentériforme typique, ou encore constipation rebelle récente, avec ou sans modification de calibre des selles, plus rarement (ce fut le cas de notre malade) , troubles douloureux paroxystiques présentant tous les caractères d'un syndrome de subocclusion intestinale ; enfin, dans un dernier groupe de faits les symptômes fonctionnels restent discrets, et se limitent à un petit écoulement purulent à la surface des selles, et remarqué par hasard.

L'état général des malades peut demeurer intact, ou se dégrader plus ou moins rapidement.

L'évolution de la tuberculose rectale est celle de la colite de même étiologie, et ce pronostic a été radicalement transformé depuis que l'on dispose de puissants tuberculostatiques. La streptomycine, le PAS, le Rimifon, sont aussi efficace sur les déterminations anorectales que sur les foyers bronchopulmonaires de la tuberculose. Au contraire, avant l'avénement des antibiotiques, le pronostic de la tuberculose intestinale en générale, anorectale en particulier, était des plus sévères. Car les foyers intestinaux ajoutaient encore à la gravité de l'état pulmonaire évolutif, et la mort pouvait souvent ne pas être évitée. Les formes hypertrophiques, sténosantes, à des phénomènes d'obstruction intestinale, voire d'occlusion aiguë.

Nous sommes donc amené, malgré l'efficacité de l'antibiothérapie, à faire figurer, dans l'évolution et le promostic de la tuberculose ano-rectale, ses possibles complications. Chez le tuberculeux pulmonaire grave, les lésions ulcéreuses et étendues risquent de poursuivre leur évolution, l'antibiothérapie ne pourra que retarder, sans l'éviter, l'issue fatale. Heureusement ce type de lésions devient de plus en plus rare, et ne se produit plus guère qu'à titre d'épiphénomène du stade terminal.

Pourtant les complications générales restent possibles, et le malade de H. LEGER porteur d'une rectosigmoïdite tuberculeuse, avec ulcération à 8 cm de l'anus, devait connaitre une évolution mortelle de son foyer pulmonaire, alors que la rectosigmoïdite avait parue guérir par la streptomycine. La vérification montra six ulcérations coliques entre 8 et 15 cm à partir de la marge de l'anus.

La perforation en péritoine libre est une complication rare et qui semble encore se raréfier. WILMOTH et BAUMANN n'en dénombraient que trois cas publiés en 1932. Plus récemment, sur 51 péritonites par perforation dans la tuberculose intestinale, BERARD et PATEL relevaient 15 fois un siège colique à la perforation.

La complication classique de la tuberculose iléocaecale à forme entéropéritonéale : la fistulation à la paroi semble rare au niveau du gros intestin.

Restent enfin les occlusions et sub-occlusions, auxquelles on peut s'attendre lorsque la lésion est sténosante, ce qui provoque une stase sus-jacente favorisant une surinfection encore aggravante. Les lésions inflammatoires complètent alors la sténose, ou donnent lieu à un abcès péricolique, les deux types d'accidents pouvant coexister. Les antibiotiques anti-

tuberculeux ont évité ou jugulé le plus souvent cette catégorie de complications.

La forme hypertrophique des lésions bacillaires anorectales et coliques risque cependant par les phénomènes occlusifs qu'elle entraine, d'imposer une intervention chirurgicale.

Dans le cas particulier d'une tuberculose uniquement anale, les signes fonctionnels sont les suivants :

- lésion d'abord indolente, marquée au plus par une gêne locale, un suintement discret,
- lésion s'étendant, les douleurs apparaissent, avec, lorsque la marge de l'anus est atteinte, un caractère fissuraire, donnant à la douleur une acuité intolérable. La douleur est d'abord rythmée par les selles, puis devient permanente, empêchant tout sommeil.

L'ulcération tuberculeuse de la marge anale ne présente aucune tendance à la guérison spontanée, mais au contraire, s'étend, le pus fuse sous la peau avoisinante, produisant de larges décollements pouvant gagner le canal anal et réaliser de véritables clapiers suppurés ; à ce stade avancé, l'ulcère tuberculeux va aggraver l'état général et accélérer la cachexie du malade au stade terminal. Mais ce type d'évolution est devenu exceptionnel depuis l'avénement de l'antibiothérapie, qui au contraire agit rapidement sur la lésion qui se déterge et cicatrise en quelques semaines.

ANATOMOPATHOLOGIE

A maintes reprises déjà, nous avons été amené à parler de formes ulcéreuses, de formes hypertrophiques, qui chacune va déterminer en effet un tableau cliniqeu et un mode évolutif différent. Si cependant nous avons retardé le moment d'exposer en détail les particularités anatomopathologiques de la tuberculose anorectale, c'est que, pensons-nous, elles apportent les éléments décisifs du diagnostic, qui, logiquement, devra être étudié en fin de travail, juste avant la thérapeutique.

Nous avons donc envisagé :

- des formes ulcéreuses,
- des formes hypertrophiques, auxquelles il y a peut être lieu d'ajouter des formes pseudopolypeuses.

1) Formes ulcéreuses.

Dans sa forme ulcéreuse typique, l'ulcération tuberculeuse anorectale va se présenter comme une lésion creusante, réalisant un véritable cratère sur la muqueuse rectale. Les bords de l'ulcération sont décollés, irréguliers, le fond irrégulier rouge sombre parfois parsemé par des élevures jaunâtres. On trouve dans certains cas une induration péri-ulcéreuse, mais souvent aussi la muqueuse reste souple autour de l'ulcération. La lésion est habituellement masquée par un écoulement purulent épais et abondant.

Ces ulcérations peuvent être uniques, ou multiples, séparées alors par des portions importantes de muqueuse normale.

Pour BACON, on peut voir confluer deux ou trois lésions voisines pour former une vaste ulcération unique.

La forme ulcéreuse typique est profonde, mais il existe également, plus rarement d'ailleurs, une forme ulcéreuse superficielle dont un cas de BENSAUDE illustre la morphologie : toute la hauteur de la muqueuse recto-sigmoïdienne était parsemée d'ulcérations de dimensions assez considérables, aux bords irréguliers, serpigineux, au fond rouge vif, mais paraissant superficielles et ne présentant aucun des caractères classiques de l'ulcération tuberculeuse. La suppuration était abondante, masquant les lésions qui ne sont évidentes qu'après la détersion de la muqueuse.

On peut dire que les ulcérations s'il s'agit d'une tuberculose rectale isolée, occupent la partie haute de l'ampoule et s'étendent vers la charnière recto-sigmoïdienne. S'il s'agit d'une tuberculose rectale accompagnant un foyer pulmonaire, on peut dire que les lésions perçues ne sont que l'expression basse et visible d'une tuberculose colique diffuse (GARBAY).

2) Formes hypertrophiques.

Elles sont beaucoup plus rarement observées que les formes ulcéreuses. Leur aspect est celui d'un épaissement diffus des parois rectales, rigides, avec une muqueuse sèche, pâle, dépourvue d'élasticité, à la surface fendillée laissant soudre quelques gouttes de sang. A un degré plus avancé, on pourra voir se constituer une sténose, qui n'est d'aillerus jamais aussi serrée que celle de la maladie de Nicolas FAVRE. Pourtant cette hyperplasie concentrique risque de donner lieu à des phénomènes occlusifs ou subocclusifs pouvant entrainer une intervention.

La tuberculose hypertrophique du rectum peut ne pas être diffuse, mais au contraire locale (QUENU et HARTMANN, SOURDILLE) réalisant alors une induration limitée sur une des parois du

rectum, il est alors possible de ne pas considérer la lésion à priori comme un cancer du rectum, et seul l'examen anatomo-pathologique permettra la différenciation. La muqueuse, à l'examen endoscopique, prend un aspect qu'avec une certaine habitude on saura attribuer à une tuberculose hypertrophique.

BENSAUDE a décrit une forme particulière qui n'est ni ulcéreuse, ni hypertrophique, et qui interessait le rectum : à l'endoscopie, la lésion apparaissait comme pseudo polypoïde Toute la hauteur du rectosigmoïde, en effet, était recouverte par un tapis de végétations sessiles, arrondies ou ovalaires, pressées les unes contre les autres en véritable mosaïque. Ces éléments apparaissaient de couleur rose pâle, et par conséquent différaient totalement du rouge sombre de la polypose rectocolique classique. Les élevures étaient recouvertes d'une nappe purulente, on trouvait en outre une sténose large au niveau de la partie moyenne de l'ampoule.

Un mot encore de l'aspect radiologique de la tuberculose anorectale, encore qu'il ne soit guère riche en renseignements diagnostiques. On n'obtiendra en effet que des images classiques de colite ulcéreuse tuberculeuse, mais on pourra juger de la diffusion des lésions le long du tractus intestinal.

Mais si les notions radiologiques sont pauvres dans la forme ulcéreuse de la tuberculose anorectale, elles auront plus de signification dans la forme hypertrophique. En effet, sans permettre avec certitude le diagnostic étiologique des anomalies observées, l'examen radiologique prendra une grosse importance, il autorise à préciser l'extension en hauteur des lésions en particulier lorsqu'elles s'étendent vers la charnière recto-sigmoïde et donc sont infranchissables par le rectoscope. La partie atteinte du rectosigmoïde donnera alors sur les clichés un aspect de rigidité, de cartonnage, d'inextensibilité, ce qui apparait en contraste avec la dilatation et la mobilité des

segments sus-jacents.

Le diagnostic décisif repose sur l'histopathologie des biopsies et des pièces opératoires, sur la recherche du B.K. Sur l'étude des coupes, plus que la disposition folliculaire, et la recherche des cellules géantes, HILLEMAND et BENSAUDE conseillent de tenter de mettre en évidence le bacille tuberculeux, dont seule la présence est véritablement pathognomonique.

DIAGNOSTIC POSITIF ET DIFFERENTIEL

En milieu sanatorial, c'est à dire chez un tuberculeux pulmonaire avéré, et lorsque la localisation rectale est un des éléments d'une colite ulcéreuse patente, le diagnostic est évident. On l'objective par l'examen des selles, par l'examen radiologique, par la recherche des lésions rectales à l'aide d'examens endoscopiques.

Beaucoup plus délicat sera le diagnostic étiologique de lésions anorectales apparues isolément, en dehors d'un contexte bacillaire (parce que celui-ci est absent, ou parce qu'il est méconnu) et sahs qu'aucun symptôme ait fait supposer qu'on se trouve devant une lésion tuberculeuse. C'est alors au hasard d'un examen rectoscopique que la lésion est découverte, mais rien ne vient en préciser l'étiologie. Le diagnostic va donc être particulièrement difficile. Seule, la présence du B.K. au niveau même de l'ulcération permettra d'affirmer la nature tuberculeuse de la lésion, la recherche du B.K. dans les selles n'aura en effet que peu de valeur. La tuberculose rectale s'observe le plus souvent au cours d'une tuberculose pulmonaire en évolution, et dans ce cas, la présence d'un foyer extra-digestif bacillaire pour qu'on puisse donner au B.K. dans les selles une réelle signification diagnostique.

L'histopathologie est évidemment un élément de poids d'une part en excluant la malignité de la lésion, d'autre part en lui attribuant sa cause tuberculeuse réelle. Malheureusement ici encore, les aspects observés ne sont pas forcément pathognomoniques de tuberculose : les cellules géantes, les lésions

d'allure folliculaire, s'observent dans la paroi d'ulcérations d'étiologie banale. Quant à mettre en évidence le B.K. dans le fragment prélevé par biopsie, c'est un chance qui n'est que rarement obtenue.

C'est pourquoi BENSAUDE attache une grosse importance à l'examen d'un frottis prélevé directement, au porte-coton, au niveau de l'ulcération ; frottis sur lequel on cherchera la présence de B.K. Mais trop souvent encore, cette recherche s'avérera négative, et seuls les antécédents tuberculeux, ou la coexistence d'un foyer pulmonaire évolutif, permettront d'orienter le diagnostic étiologique de l'ulcération. Enfin, l'épreuve thérapeutique sera décisive, car la streptomycine, le PAS, l'INH, ont une action rapidement efficace sur les signes locaux et généraux.

Quant au diagnostic différentiel, il se pose avant tout avec un néoplasme en cas de forme hypertrophique : induration locale, sténosante, infiltration, adénopathie, réaction inflammatoire, risquent d'être des caractères communs et au cancer et à la tuberculose rectale hypertrophique.

GARBAY discute comme suit le diagnostic différentiel entre cancer et tuberculose rectale :

- l'attention peut être attirée par une tumeur de la fosse iliaque, des ulcérations associés pouvant retentir sur le transit d'où stase iléale, hyperstaltisme colique, parfois défaut de remplissage du colon ascendant donnant une image néo (STIERLIN) Mais si la tuberculose interesse le transverse, le colon gauche on découvrira un aspect pseudo-néoplasique, lacunaire, avec rétrécissement colique, ou défilé irrégulier ; bien des interventions sont effectuées san que l'on ait songé à une possible tuberculose.

Sur les clichés en double contraste, ou après insufflation, on pourra établir l'intégrité de la muqueuse ; en cas de tuberculose, la sténose serait selon SALVATI précédée d'un entonnoir inflammatoire en amont, la limite entre zone saine et zone pathologique étant plus nette pour le néo que pour la bacillose. Mais ces bases ne sauraient être tenues pour suffisantes pour rejeter le diagnostic de cancer (PORCHER).

Quant à l'exploration chirurgicale, elle ne fournit pas non plus les éléments décisifs à la différenciation, tuberculose aussi bien que cancer vont donner une infiltration du méso, une adénopathie associée, une réaction inflammatoire scléro-lipomateuse, et l'examen histologique sur pièce opératoire seul permettra en excluant la malignité de retenir la tuberculose.

Devant une colite, comment établir sa nature bacillaire. Si une tuberculose pulmonaire a été antérieurement reconnue, la probabilité de la rectocolite tuberculeuse est grande. Parfois encore, comme dans notre cas, c'est après la découverte de la lésion rectale que la tuberculose pulmonaire est découverte, la nature tuberculeuse de la lésion intestinale devient alors probable. Une théorie nouvelle admet d'ailleurs que si la détermination intestinale est le plus souvent secondaire au foyer pulmonaire, l'inverse est parfois vrai également, avec inoculation digestive primitive, et lésion pulmonaire secondaire.

PAILLE a indiqué que dans ces déterminations intestinales de la tuberculose, la cuti-réaction tuberculinique était particulièrement intense, avec une réponse habituelle de +++. Mais même si l'histopathologie décrit des lésions folliculaires et même si le malade est un tuberculeux pulmonaire, les ulcérations intestinales ne pourront être attribuées à la bacillose que s'il y a caséification, et surtout présence de B.K. dans les frottis.

Les autres aspects de la différenciation étiologique des lésions sont pour les formes ulcéreuses, l'ouverture d'une suppuration d'origine banale de la région péri-rectale dans le rectum, on a ainsi une ulcération rappelant beaucoup la forme tuberculeuse.

Pour la tuberculose hypertrophique enfin, rare, nous l'avons dit, le diagnostic différentiel se pose avec le cancer à forme infiltrante, et la maladie de Nicolas-Favre. Souvent seule l'histiologie de la pièce opératoire permettra un diagnostic positif et différentiel satisfaisant.

Nous voudrions ajouter quelques notions dues surtout à HILLEMAND et BENSAUDE et qui concernent "les suppurations anorectales", en ne retenant évidemment que celles qui nous occupent ici, et qui figurent parmi les suppurations spécifiques Classiquement, on a longtemps attribué à une origine tuberculeuse la plupart des abcès et fistules de la région anorectale. Les proctologues modernes affirment que cette origine est beaucoup plus rare que n'inciterait à le faire croire l'allure torpide de nombreuses suppurations anorectales. Il est exceptionnel que la suppuration ait pour origine une lésion osseuse, sacrée, coccygienne, une tuberculose génitale, prostatique, tubaire. Pour BACON, 5 pour 100 seulement des fistules anales peuvent fournir le preuve de leur origine bacillaire. Mais comme les suppurations anorectales à germes banaux sont favorisés par un état général déficient, une baisse d'immunité locale on comprend qu'elles puissent se constituer plus facilement chez un bacillaire. Et nous retrouvons ici les difficultés diagnostiques rencontrées plus haut lorsqu'il s'est agi de faire la preuve de la nature tuberculeuse d'ulcérations rectales même chez un pulmonaire. L'examen anatomopathologique du trajet excisé, la mise en évidence du B.K. dans les parois de la lésion, sont indispensables pour que puisse être affirmée la nature tuberculeuse de la suppuration anorectale ; ici encore en effet, l'histopathologie manque de spécificité, et la présence

de cellules géantes est constatée dans toutes les suppurations prolongées, banales eu spécifiques.

T R A I T E M E N T

Les antibiotiques tuberculostatiques, la chimiothérapie spécifique, sont tellement efficaces sur la tuberculose anorectale, que leur emploi peut être utilisé comme traitement d'épreuve à des fins diagnostiques. Malheureusement, le traitement médical est souvent appliqué troop tardivement, du fait du retard du diagnostic positif et différentiel, et il peut ne pas suffire : l'intervention devient alors nécessaire.

Pour traiter efficacement cette localisation de la tuberculose intestinale, il faut obligatoirement associer les antibiotiques :

- Streptomycine sous ses diverses formes,
- P.A.S.
- I.N.H.

faute de quoi des résistances microbiennes risquent de se produire.

Les formes ulcéreuses de la tuberculose anorectale sont généralement très sensibles à cette antibiothérapie conjuguée. Naturellement la cicatrisation peut donner lieu à des sténoses fonctionnellement désastreuses, et qui risquent ensuite d'imposer une intervention chirurgicale. Chez un malade de CATTAN, la lésion rectale a correctement guéri, mais les foyers tuberculeux de la région iléocaecale qui l'accompagnaient ont cicatrisés en donnant un aspect infundibulaire du caecum, une sténose rigide de l'iléon terminal. Il peut donc se produire une cicatrisation sténosante comme on l'observe au niveau des foyers tuberculeux urinaires. La sclérose fait perdre au segment

qu'elle atteint sons fonctionnement normal, et la supression chirurgicale de la région atteinte devient inéluctable. Pourtant depuis l'utilisation, entre autres, de la streptomycine, ces cicatrisations vicieuses seraient, pour DUBARRY et ROUX, l'exception avec généralement, une reconstitution satisfaisante de la muqueuse rectale.

HILLEMAND et BENSAUDE affirment que les antibiotiques ont radicalement transformé et le pronostic et le mode de guérison de la tuberculose ano-rectale, obtenu généralement en quelques semaines. Ces auteurs font une réserve pour la forme verruqueuse, dans laquelle au traitement général s'associera un curetage sous anesthésie locale ; ce qui permet d'attaquer des lésions en largeur et en profondeur, et d'arriver jusqu'à la peau saine, sur laquelle on appliquera de la poudre de permanganate finement porphyrisée, qui favorise l'hémostase. La croûte de permanganate ne se détache que lorsque la cicatrisation est terminée.

SKIR et ses collaborateurs ont mentionné les heureux résultats de l'application locale de streptomycine dans le traitement de 21 cas de tuberculose anorectale. Ces auteurs n'ont retrouvé aucun essai de ce genre, mais ils pensent que la streptomycine est stable en solution, d'action rapide même en présence de sang, de plasma, de pus, relativement peu irritante, et que ces différentes propriétés justifient l'emploi local. D'abord utilisée en pommade, à raison de 33.000 U. par gramme, la streptomycine a ensuite été utilisée en émulsion huileuse, 2.000 U. par cc. Finalement, SKIR s'est arrêté à une solution saline à cette même concentration, appliquée en irrigation, ou en gaze imbibée et placée localement sur la lésion. En même temps, la tuberculose pulmonaire associée a été traitée par la streptomycine par voie intra-musculaire..Il a ainsi été constaté que les applications locales de streptomycine réaniment des plaies torpides, stimulent la fibrose et la vascularisation, accélèrent l'épithélialisation et la cicatrisation. Pour éviter

les accidents de sensibilisation, letraitement local doit être arreté au bout de deux ou trois semaines. SKIR conclut que la streptomyconothérapie locale est un adjuvant précieux, mais que le traitement de base reste chirurgical.

GARBAY inverse la proposition en écrivant que le traitement chirurgical doit être considéré comme le complément du traitement médical :

-oubien, pour consolider la guérison par l'exérèse du segment atteint, et ainsi, prévenir les récidives,
- ou bien, pour supprimer une lésion tumorale qui n'aura pas complétement regressé sous l'action du traitement médical,
- ou enfin, pour réséquer un segment sténosé, ou scléreux et rigide, qui compromet le bon fonctionnement des voies digestives. On retrouvera ici les principes généraux et classiques de la chirurgie colique, et ceux de la chirurgie de la tuberculose : pour les premiers désinfection et évacuation du colon, pour les seconds intervention sous le couvert des antibiotiques spécifiques.

Chez un pulmonaire compliqué d'une tuberculose anorectale, on n'interviendra évidemment qu'après une stabilisation de la maladie respiratoire.

Si la préparation est obligatoirement insuffisante, si l'on est amené à intervenir d'urgence (comme ce fut le cas pour notre malade) la dérivation, iléo-transversostomie si les lésions interessent le colon droit, anus aussi près que possible et au-dessus de la lésion si elle occupe le transverse, le colon gauche, ou le rectum, sera exécutée en premier temps, l'éxérèse ayant lieu ultérieurement, sous antibiothérapie. Mais si l'on dispose du temps nécessaire à une bonne préparation, si la maladie tuberculeuse est controlée, on pourra intervenir en un temps, hémicolectomie droite, colectomie segmentaire

idéale, selon la topographie des lésions.

Le traitement radical en un temps donne d'excellents résultats chaque fois que les conditions locales et générales le permettent (GARBAY, SOUPAULT). En cas de perforation, une extériorisation résection gauche est nécessaire. L'hémicolectomie droite a ses indications d'urgence (BOUDREAUX) ; l'exérèse d'un trajet fistulisé à la peau peut-être envisagé lorsqu'une intervention plus radicale est contrindiquée par des conditions locales ou générales.

C O N C L U S I O N S

I - A l'occasion d'une observation de tuberculose anorectale en imposant d'abord pour un cancer du rectum, et survenue chez un sujet atteint de tuberculose pulmonaire méconnu, nous avons repris la question de cette détermination bacillaire.

II- La tuberculose anorectale peut se voir :

- surtout, chez un tuberculeux pulmonaire avéré, et son diagnostic est alors relativement facile,
- souvent, au cours d'une tuberculose intestinale plus ou moins étendue,
- rarement, à l'état pur, isolé, en dehors de tout autre localisation bacillaire.

III- Deux formes anatomopathologiques principales sont possibles :

La forme ulcéreuse, la plus fréquente,
La forme hypertrophique, rare,
très exceptionnellement, on a décrit une forme verruqueuse, pseudo-polypeuse.

Le diagnostic histopathologique de ces différentes lésions n'est pas aussi facile qu'on pourrait le penser : cellules géantes, follicules, ne sont pas pathognomoniques de la tuberculose, et seule la présence de B.K. dans les frottis sera vraiment décisive.

IV - Le diagnostic différentiel se pose, sur le plan anatomo-clinique, avant tout le cancer rectal, qui sera exclu par histologie, avec des ulcérations et suppurations banales, avec éventuellement une maladie de Nicolas-Favre. L'intensité de la cutiréaction tuberculinique, à +++, l'éfficacité du traitement antituberculeux d'épreuve, sont les éléments essentiels du diagnostic positif.

V - L'exactitude et la précocité du diagnostic s'imposent d'autant plus que l'antibiothérapie mixte agit rapidement sur les lésions. Mais appliquée plus tardivement, elle n'évitera pas la chirurgie, exérèse du segment malade, suppression d'une lésion qui n'aura pas assez regressé, hémicolectomie et exérèse si une préparation locale et générale a pu être réalisée.

Bien traitée, la tuberculose anorectale voit son pronostic s'éclaicir sur un plan vital et sur le plan fonctionnel. C'est pourquoi il faut connaitre cette possibilité de localisation bacillaire afin de l'identifier et de la traiter précocement.

Vu, le Président de Thèse :

Professeur L. LEGER

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur L. BINET

Vu, et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

1 _ BERARD et J.PATEL - Formes chirurgicales de la tuberculose intestinale, 8° Paris Masson éd.

2 - A.BENSAUDE et R. BOOM - Tuberculose rectale - Presse Méd. LXI pages 105-106 - 28 janv. 1953

3 - M. BOURY et P. TISON - Tuberculose ano-rectale Echo Méd. Nord I page 734 - 1934

4 - E. CHAUVEL - Contribution à l'étude des ulcérations tuberculeuses de l'anus - Thèse de Paris 1913 87 pp.

5 - A.J. CHISHOLM et H.GAUSS - Anorectal tuberculosis Journ. Am. Med. Assoc. CIV pages 2067-2072 1935.

6 - A. GALLART-ESQUERDO - Tuberculosis hiperplasica del recto Rev. espan. enferm. ap. dig. XI pages 1152-1155 sept. Oct. 1952.

7 - M. GARBAY et J. LOYGUE - Tuberculose du gros intestin et de l'anus Annales de Chir. XIII pages 175-184 fév. 1959

8 - A. GLIKMAN - Contribution à l'étude de l'étiopathogénie de la rectocolite hémorragique. A propos d'un cas de tuberculose anorectocolique hypertrophique primitive- Thèse de Paris 1958 multigr.45p

9 - A. HAYDUK - Ueber eine erfolgreiche Behandlung von recidivierenden periproktitischen Abszessen mit Rimifon. - Schweiz. Med. Woch. LXXXVI page 442 28 avril 1956.

10- F.HEULLY - R.DORNIER - BLOMSTEIN - Une observation de tuberculose anale Soc. Méd. Nancy 16 mai 1956

11- P.HILLEMAND - A.BENSAUDE - J.LOYGUE - Les maladies de l'anus et du canal anal - Masson éd. Paris 1955 284 pp.

12 - R.J. JACKMANN - The role of tuberculosis in anal fistula 8° Rochester 1937 66 pp.

13- C.H.C. JOYNT - Anorectal tuberculosis - Am. Rev. Tub. XLI pages 760-769 juin 1940

14- S. KATSURA - Uber therapeutische Anwendungen des Hinokitiols (m-Isopropyltropolon) bei tuberkuloser Fistel und Lungentuberkulose - Beitr. Klin. Tub. CX pages 522-525 - 1954

15- R. KAUFMANN - Tuberculose et fistule anale - Presse Méd. XLVII pages 221-223 - 11 fév. 1939

16- H.LEGER - P.RUMEAU- M. ROUX - Sur un cas de tuberculose ulcéreuse du rectum Arch. mal. app. dig. XL pages 1116-1119 sept-oct 1951

17- I. MAC COLL - Ulcerative colitis associated with tuberculous lesions of anal region. Two cases. Guy's Hosp. Report CV pages 238-245 1956

18 - C.L. MARTIN - Tuberculous ulcerations as observed protoscopically - Am. Journ. Dig. Dis mars 1934

20 - C.L. MARTIN - H.C. SWEANY - Streptomycin in treatment of tuberculosis of recto-sigmoid region and anus Surg. Gyn. Obst. page 681 juin 1950

21 - F.P. MIELLE - La tuberculose, les fistules et les abscès de la marge de l'anus - Thèse de Paris 1948 67 pp.

22 - J. MUNIZ - Tuberculose anorectale - Rev. espan. Enferm ap. dig. XIX pages 63-67 janv. L960

23 - J. PAILLE - Etude anatomoclinique de la tuberculose du gros intestin - Thèse de Toulouse 1949 85 pp

24 - L.M. PAUTRIER - ZORN R. - Ulcères tuberculeux multiples de la région anale chez un bacillaire à localisations pulmonaire et intestinale. Bull. Soc. Fr. Derm. XL p. 497-479 - 1933

25 - A.PEREZ GOMEZ - P. DE LA VIESCA - C. MARINA FIOL - Ulcère tuberculeux du canal anal chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire et d'iléus. Rev. espan. Enferm. ap. dig. XIX pages 68-70 janv. 1960

26 - R. SAVIGNAC - De quelques formes de tuberculose rectale Arch. Mal. app. dig. nov. 1931

27 - G. SILVESTRI - G. PASSERA - Tuberculose hypertrophique pseudo-neoplasique de l'anus. Minerva Chir. VII pages 256-259 15 avril 1952

28 - I. SKIR- N.L. FREUND - J.M. GROSS - Streptomycin in treatement of anorectal tuberculosis with particular reference to topical therapy - Am. journ. Surg. LXXXII pages 564-570 nov 1951

29 - I. SKIR- N.L. FREUND - J.M. GROSS - Anorectal tuberculosis - New-York Journ. of Med. LIII pages 1778 1779 1er aout 1953

30 - F. VOGEL - La tuberculose hyperplasique du rectum Revue Gastro-entérol. XIX pages 733-738 sept 1952.

TABLE DES MATIERES

Pages

I - INTRODUCTION..... 1

II - HISTORIQUE..... 4

III - OBSERVATION..... 8

IV - ETIOLOGIE..... 14

V - PATHOGENIE..... 17

VI - CLINIQUE..... 21

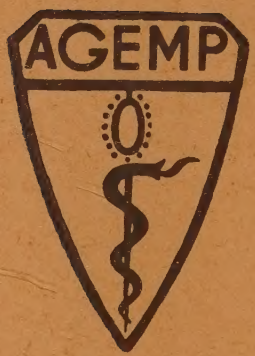
VII - ANATOMOPATHOLOGIE..... 25

VIII - DIAGNOSTIC POSITIF ET DIFFERENTIEL..... 29

IX - TRAITEMENT..... 34

X - CONCLUSIONS..... 38

XI - BIBLIOGRAPHIE..... 40



AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-90